



PESQUISA

THE PERCEPTION OF NURSES FACED WITH THE DEATH OF ADULT ICU PATIENTS

A PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À MORTE DO PACIENTE DE UTI ADULTO

LA PERCEPCIÓN DEL ENFERMERO ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE DE UTI ADULTO

Erivelto da Silva Macedo¹, Ingrid Miranda Marques², Michelle de Mendonça Pinheiro³,
Fernanda Garcia Bezerra Góes⁴

ABSTRACT

Objective: To identify the perception of nurses faced with the death of adult Intensive Care Unit patients and to discuss how the perception of death influences nursing care. **Methods:** Descriptive-exploratory field study with a qualitative approach, achieved through the technique of applying a semi-structured questionnaire to active nurses in the adult ICU of a private institution located in the municipality of Niterói in 2007. The analysis was achieved through a Thematic Analysis. **Results:** From the analysis of the data the following categories arose: 1) Multiplicity of feelings and 2) care as an answer. **Conclusion:** It was evident in this study that working with terminal patients is a significant factor that elevates difficulties, and begins to be seen as a sign of failure when death is imminent. However, independent of this, it does not interfere with care, where the priorities with the family and the comfort of the patient in general are emphasized, in addition to the respect and the preparation of the body. **Descriptors:** Death, Intensive care unit, Nursing.

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção do enfermeiro frente morte do paciente de UTI Adulto e discutir como a percepção da morte influencia no cuidado de enfermagem. **Métodos:** Pesquisa de campo do tipo descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, realizada através da técnica de questionário semi-estruturado aplicado a enfermeiros atuantes em UTI Adulto de uma unidade privada localizada no município de Niterói no ano de 2007. A análise dos dados foi realizada a partir da Análise Temática. **Resultados:** Da análise dos dados surgiram as seguintes categorias: 1) Multiplicidade de sentimentos e 2) O cuidar como resposta. **Conclusão:** Evidenciou-se neste estudo que, trabalhar junto a pacientes terminais, é um fator marcante que eleva as dificuldades, e passa a ser sentida como sinal de fracasso em iminência de morte. Mas que, independente disso, não interfere no cuidado, onde se destacaram as prioridades com a família e o conforto do paciente em geral, assim como o respeito e o preparo do corpo. **Descritores:** Morte, Unidade de terapia intensiva, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción del enfermero ante la muerte del paciente de UTI adulto y discutir cómo la percepción de la muerte influye en la atención de enfermería. **Métodos:** Estudio de campo del tipo descriptivo exploratorio con enfoque cualitativo utilizando la técnica del cuestionario semi-estructurado aplicado a los enfermeros en la UTI de adultos de una unidad privada situada en el municipio de Niteroi en 2007. El análisis de los datos se realizó a partir del Análisis Temático. **Resultados:** del análisis de los datos surgieron las siguientes categorías: 1) La multiplicidad de los sentimientos y 2) El cuidado como respuesta. **Conclusión:** Se puso de manifiesto en este estudio que, trabajar junto a pacientes terminales, es un factor importante que aumenta las dificultades, y se percibe como un signo de fracaso al borde de la muerte. Pero que, independientemente, no interfiere en el cuidado, donde se destacaron las prioridades con la familia y la comodidad del paciente, en general, así como el respeto y la preparación del cuerpo. **Descriptor:** Muerte, Unidad de terapia intensiva, Enfermería.

^{1, 2, 3} Enfermeiros graduados pelo Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI). E-mails: erivelto.macedo@ig.com.br; ingrid.mmarques@ig.com.br; michellesantatereza@yahoo.com.br. ⁴ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/IPPMPG/UFRJ. Professora do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI). E-mail: f-bezerra@oi.com.br. *Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no 2º semestre do ano de 2007, no Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite.

INTRODUÇÃO

A morte é um evento biológico em que se encerra a vida. Nenhum outro evento é capaz de suscitar nos seres humanos mais pensamentos dirigidos pelas emoções e razões emocionais que ela, seja no indivíduo que está morrendo seja naqueles em volta¹.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou sistemas orgânicos e que com suporte de tratamento intensivo tenha possibilidade de se recuperar². Ainda é função do profissional da UTI amenizar sofrimentos como dor, independente do prognóstico.

O exercício da atividade profissional de enfermagem pauta-se pelo respeito à dignidade humana desde o nascimento à morte, devendo o profissional de enfermagem ser um elemento interveniente e participativo em todos os atos que necessitem de um componente humano efetivo por forma a atenuar o sofrimento, todos os atos que se orientem para o cuidar individualizado e holístico³.

Em nossa trajetória acadêmica nos deparamos muitas vezes com uma aparente imparcialidade do profissional enfermeiro frente à morte, fato que nos levou a refletir até onde este profissional realmente consegue manter ética e cuidado com o paciente em vida e morte. Estas experiências nos conduziram a seguinte questão norteadora: Qual a percepção do enfermeiro frente à morte na UTI adulto? Tendo como objetivos: 1) Identificar a percepção do enfermeiro frente à morte do paciente da UTI adulto e 2) Discutir como a percepção da morte

influencia no cuidado de enfermagem. E como objeto do estudo: A Percepção do enfermeiro frente à morte do paciente de UTI adulto.

Como relevância neste estudo, pretendemos promover educação em enfermagem voltada para o cuidado de uma forma holística humanizada em paciente no processo morte/morrer em UTI adulto, levando em consideração a importância da Tanatologia na formação profissional. Assim tendo como justificativa o aprimoramento na qualidade da assistência na hora morte/morrer. Além de promovermos com a relevância acadêmica o interesse pela fonte de pesquisa e a prática da mesma contribuindo para uma melhor formação e preparação profissional para lidar com a morte.

Referencial teórico

A morte é caracterizada como o “fim da vida física e mental. Êxito letal, fracasso final, interrupção total das funções vitais de um organismo”⁴.

A morte é um fato inevitável, inerente ao ciclo biológico dos seres vivos (nascer, crescer e morrer). É parte integral da existência humana, no entanto, percebe-se que é um tema evitado e até mesmo negado em nossa sociedade, parece constituir-se para o homem um desafio.

É importante ressaltar que, quando se pensa em questões sobre morte e morrer, é necessário considerar as transformações holísticas pela quais passou a sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte. Da morte vivida com preparo e tranquilidade na Idade Média, ela passou a um momento de temor e aflição aos homens nos dias atuais. A cultura ocidental lhe imprimiu uma intensa angústia que pode ser percebida em situações de aversão e terror frente

ao simples imaginar tal possibilidade. Espera-se que a morte ocorra no hospital quando o indivíduo já atingiu uma idade avançada, devendo acontecer sem sofrimento para a pessoa, de preferência durante o sono^{1,5}. A velhice é o período da vida, no qual, usualmente a morte parece ser melhor aceita, por ser algo inevitável, e por determinar o fim do ciclo do viver humano⁶. Assim, a vanguarda da morte é o envelhecimento⁷ e a tarefa central do ciclo de vida na velhice é a de aceitar a própria mortalidade⁸.

Diante disso, os profissionais de saúde são aqueles que têm a incumbência de zelar pelo cuidado da saúde do homem, de modo a postergar, o máximo possível essa vivência tão temida. Frente ao contato muito próximo com situações que revelam a possibilidade humana de morte, esses profissionais se vêem perante a expectativa de que sua função é curar e restabelecer a saúde de todos que lhes procuram, perdendo de vista que a morte é inerente à condição humana. Há situações em que, a despeito de todo o esforço da equipe de saúde, o paciente morre, e isso passa a ser vivenciado como frustração intensa por parte dos profissionais que sentem que não foram capazes de salvar a vida que lhes foi confiada.

Nos anos 60 já havia preocupação com os profissionais de saúde que cuidam de pacientes em situações de morte e morrer, propondo seminários de discussão sobre o tema da morte.⁹ Autores depararam-se com reações claramente hostis frente à sua proposta, mas acreditou que a reflexão e discussão do tema poderiam suscitar questões importantes sobre a vivência humana e mais ainda, sobre a natureza do cuidado à pessoa que vivência a finitude. A finitude da vida possui sempre duas representativas: uma física e outra

social, a morte de um corpo (biológica), e a morte de uma pessoa¹⁰.

Com o advento de novas tecnologias em saúde e a possibilidade de transplantes de órgãos, tem ficado cada vez mais difícil caracterizá-la precisamente, adotando-se diferentes denominações: morte cerebral, celular, cardíopulmonar, etc. Independente das nomenclaturas empregadas, “a morte é uma experiência inevitável, inequívoca, e universal, comum a todos os seres humanos”¹¹.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) nasceram das necessidades de oferecer suporte avançado de vida a pacientes devidamente doentes que por ventura possuíam chances de sobreviver. Os profissionais que atuam nessas unidades complexas são designados intensivistas, formando equipe interdisciplinar nas diversas profissões.

A UTI tem suas origens nas salas de recuperação pós-anestésicas (RPA), onde os pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos tinham monitorizado suas funções vitais (respiratória, circulatória e neurológica). Sendo instituídas medidas de suporte quando necessário até que cessassem os efeitos residuais dos agentes anestésicos.

As doenças são inúmeras, o que torna muito difícil à compreensão de todas elas. Porém, os mecanismos de morte são poucos e comuns a todas as doenças. É atuando diretamente nos ditos mecanismos de morte que o profissional intensivista tira um paciente de um estado crítico de saúde com perigo iminente de morte, pondo o mesmo em uma condição que possibilita a continuação do tratamento da doença que o levou ao tal estado (doença de base)¹².

Na prática profissional hospitalar é muito

freqüente que surjam dificuldades e erros de informação e comunicação com os doentes e familiares reconhecidos pela grande maioria dos profissionais.

Os próprios profissionais podem manifestar dificuldades pessoais de adaptação do processo de morrer incapacitando-os de atender doentes numa situação difícil de doença avançada. Este tipo de dificuldade sentida tende ser reconhecida numa tentativa de resolução num contexto solidário de uma equipe.

Na medida em que a morte é uma questão assustadora temida e incômoda, o trabalho no hospital, onde o contato com a possibilidade ou ocorrência da morte é constante, pode provocar sentimentos muito intensos nos profissionais de saúde como medo, angústia, ansiedade, sintomas físicos e outros. “Não é apenas com o evento da morte que a enfermagem [...] deve aprender a lidar, mas com todo o processo de morrer”. Dessa maneira, todos os aspectos psicológicos, materiais, físicos e humanos precisam ser considerados, objetivando um cuidado holístico¹¹.

A morte de um paciente causa um impacto muito grande na identidade pessoal e profissional de quem cuida do paciente. O modo como o profissional compreende o conceito de morte bem como a forma que relaciona este conceito com sua própria existência e suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional, são aspectos que influirão na sua atuação diante da morte.

Para que o fenômeno da morte seja encarado com serenidade pelo enfermeiro, este deve prevê-la como inevitável. Assim deve-se ter como atitudes:

- Comunicar a situação terminal do doente, conforme a vontade e a capacidade de aceitação do paciente.

Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. jan/mar. 2(1):690-703

- O doente raramente está isolado, os familiares podem influenciar neste processo.
- Ter respeito pela diferença, cada doente tem seu modo de estar na vida.
- Compartilhar, deixar a pessoa expressar os seus temores e desejos.
- Diminuir a dor, o sofrimento e angústia.
- Auxiliar corretamente o doente a assumir a morte como experiência que só ele pode viver.
- Toda equipe deve ter um comportamento idêntico, linguagem, em relação à informação dada ao doente para não existir contradições.

O trabalho de saúde é vivido com prazer e angústia. Prazer referente à valorização social que esse cuidado tem em nossa cultura ocidental e, por conseqüência, os profissionais também são igualmente valorizados por serem pessoas destinadas ao cuidar de quem está sofrendo. Angústia, por sua vez, por trazer ao profissional o inevitável contato com sua impotência frente a morte, o que pode ser fonte de estresse e sofrimento psíquico para estes trabalhadores. Cabe aqui mencionar que, nas últimas décadas, a situação do sistema de saúde brasileiro, tem se deparado com a insuficiência de recursos humanos, baixos salários, precariedade de infraestrutura, falta de medicamentos, o que vem obrigando os profissionais a trabalharem em situações de grande exigência emocional¹³.

Neste contexto, inúmeras questões podem-se apresentar como conflituosas para equipe de saúde como: revelar ou não quando é diagnosticada uma doença grave, possibilidade de envolvimento emocional com o paciente, que tipo de atenção deve ser dada ao doente fora de possibilidades terapêuticas, quando é preciso

intervenção psicológica para pacientes em estado grave entre outras.

Não poderíamos falar de cuidados na hora morte/morrer sem falar de bioética. A bioética é o estudo da moralidade da conduta humana no campo da ciência da vida. É interessante destacar que a bioética inclui a chamada *Ética Médica*. A *Ética Profissional Médica* é, então, um capítulo da bioética. Em outras palavras: para entender, para aprofundar, para refletir sobre a *Ética Profissional* nós temos que fazer referência a bioética.

Os princípios bioéticos são um conjunto de quatro princípios que são: Autonomia, Não-maleficência, Beneficência, e Justiça. Estes passam a ser chamados de “Mantra do Instituto Kennedy de Ética”. Nestes quatro princípios estão embasadas reflexões éticas que são:

- As pessoas não são meios, mas sim fins;
- Promover o bem estar e prevenir dano;
- Tratar as pessoas imparcialmente e de maneira igual;
- Respeitar a autodeterminação;
- Não infligir danos ou riscos de danos;
- Não enganar.

A morte é percebida como um fenômeno religioso e, portanto, segundo a crença inerente a toda concepção religiosa de que a essência da natureza humana é espiritual ao invés de material: o corpo morre, mas o espírito permanece. Apreende-se o óbito como o momento no qual se dá a transição do estado material para o espiritual, da vida terrena para a vida eterna. Para melhor compreender o transcendental e superar as tensões explícitas ou implícitas, o caminho é retornar as leituras sobre religião, de acordo com a própria fé, ou pelo menos de acordo com a fé em que se foi educado. Permanecer em uma sumária e radical negação de

transcendentabilidade cria barreiras praticamente intransponível para a compreensão de uma vida pós-morte, e conseqüentemente, para a superação desse medo específico¹⁴.

METODOLOGIA

O presente estudo foi uma pesquisa de campo do tipo descritiva-exploratória com abordagem qualitativa. Os sujeitos participantes constituíram-se um conjunto de enfermeiros vinculados a um hospital da rede privada do município de Niterói que atuam em uma UTI Adulto. Os critérios de inclusão, que visou-se assegurar uma vivência da situação de óbito hospitalar pelos sujeitos, serão: (a) atuar no setor de Terapia Intensiva - UTI e (b) possuir, pelo menos, 2 anos de atividade nesse serviço.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário com perguntas semi-estruturadas, na qual os enfermeiros serão questionados sobre os seguintes tópicos: (1) Qual a sua percepção (sentimento) frente à morte? (2) Você foi preparado em sua graduação para lidar com a morte? (3) O que significa para você cuidar de uma pessoa que está morrendo?(4) Em sua opinião, qual a prioridade no cuidado após o óbito? (5) Você considera que o paciente terminal seja tratado/cuidado de modo diferente de um paciente não terminal?Em que sentido? Como? (6) Quais são as dificuldades/facilidades vivenciadas no cuidado de quem vivencia o processo de morte morrer? (7) Qual o seu sentimento ao óbito de um paciente agudo, e o de um paciente crônico?

O número de participantes foi definido a partir da saturação dos dados. A análise dos dados foi realizada a partir da Análise Temática¹⁵, atendendo as questões éticas e legais vinculadas à

pesquisa, os sujeitos foram esclarecidos quanto ao seu anonimato, e sigilo de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶, além da ausência riscos, uso de pseudônimos, voluntariedade, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foi solicitada a autorização em um Comitê de Ética e Pesquisa e somente à referida autorização é que se iniciou a coleta de dados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Observou que dos sujeitos participantes 67% (n = 08) eram do sexo feminino, 33% (n = 04) do sexo masculino. Em relação às religiões dos sujeitos, 50% (n = 06) eram católicos, 33% (n = 04) eram protestantes, e 17% (n = 02) outras religiões. As idades dos sujeitos eram entre 25-30 anos 50% (n = 06), 30-35 anos 42% (n = 05), 35-40 anos 08% (n = 01). O tempo de atuação dos sujeitos na UTI era entre 0-5 anos 84% (n = 10), de 05-10 anos 08% (n = 01), e de 10 a 20 anos 08% (n = 01).

A partir das leituras das respostas dos questionários foi possível construir as seguintes categorias temáticas:

Multiplicidade de sentimentos

A primeira categoria expressa os sentimentos dos enfermeiros (sujeitos da pesquisa) em relação à morte de um paciente de UTI adulto. Ao acompanhar um paciente hospitalizado a equipe de saúde se empenha em lutar contra a doença. Dessa forma, pode-se perceber que esse seria definido como um fator marcante que eleva as dificuldades de lidar com pacientes terminais, pois a impossibilidade de cura passa a ser sentida como sinal de fracasso. Assim, atuar junto ao paciente em vida e morte é estar no centro de uma batalha. Ao longo das respostas observou-se que

se destacaram os sentimentos de tristeza, impotência e frustração. Isso pode ser observado nos trechos seguintes:

...descontentamento. Pois é a hora que vemos que o nosso conhecimento tem limites (VERMELHO)

...procuro não me envolver muito para não sentir remorso e frustrações (COLORIDO)

...sinto dificuldade de presenciar a morte como um sofrimento alheio, seja físico ou psicológico, uma morte precoce ou ainda aquela que poderia ter sido evitada, e um pouco de tranqüilidade quando morte significa o fim do sofrimento. (CORAL)

...a morte é obscura e inevitável em alguns casos, porém causa um sentimento de perda inconsolável e tristeza. (LILÁS)

As falas expressam dificuldade de conviver com o sofrimento e com a morte, que, muitas vezes, por não ser compreendida, está associada ao significado de libertação em relação ao sofrimento e à dor¹⁷.

A convivência com a dor e a aflição que acompanham o processo de morrer, é capaz de modificar a prática do cuidado, na qual o cuidador se torna compassivo perante o sofrimento, mas busca a melhor maneira de ajudar o paciente na hora da sua morte. Portanto, o sentimento de indiferença passa a ser utilizado também como um mecanismo de defesa e proteção contra o processo de finitude, que passa a ser considerado como normal.

A morte é uma realidade bastante presente no trabalho de enfermagem, considerando as peculiaridades dos pacientes atendidos. Mesmo assim, longe de estar banalizada, é a situação mais difícil de enfrentar, exigindo uma forma bastante particular de enfrentamento que garante a continuidade do trabalho com a preservação da saúde mental.

As unidades de Terapia Intensiva na sua grande maioria são consideradas lugares “frios”, onde se dispensa uma enorme atenção aos aspectos técnicos em detrimento às questões humanas. Esta atmosfera distante e impessoal é consequência do uso da tecnologia, pois cria um distanciamento entre o enfermeiro e paciente, mediados pelos aparelhos que desenvolvem neste último, sentimentos de dependência e submissão¹⁸. Cada profissional tem a sua maneira de lidar com este sentimento, como observamos nos seguintes trechos:

...hoje, normal, faz parte da minha profissão (PRETO).

...dentro do meu trabalho, encaro como uma consequência natural de algumas doenças graves. (MARROM).

...normal, se o paciente estiver com os olhos abertos, eu fecho. Desligo os monitores, o ventilador, e apago as luzes. (MARROM).

...tenho sentimentos tranquilos quando percebo que não há mais nada a ser feito a

não ser deixar o paciente morrer com dignidade (COLORIDO).

...hoje consigo separar bem as coisas. Antes tinha a sensação de frustração e vazio (CINZA).

Estes depoimentos demonstram que o convívio diário com a morte acaba tornando-se normal, e esta passa a ser vista como um fato a mais no cotidiano da unidade. Dessa maneira, desritualiza-se a finitude de ser humano, que muitas vezes é tratada por meio de atitudes impessoais.

È comum o ser humano morrer nos hospitais em meio à parafernália, que prolonga a todo custo a vida do paciente, mas muitas vezes, paradoxalmente, tirando-lhe a dignidade, mesmo

nas situações limite, quando já não há qualquer expectativa de reversibilidade. O paciente assim é observado como objeto clínico. Ele não possui o direito de opinar, como se a sua vida já não lhe pertencesse.

O medo da morte começa a adquirir seus traços e o homem começa a formular a vida, sobre a morte colocando-se que medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte.¹¹ O medo de morrer é universal e atinge a quase todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível econômico e credo religioso.

A essência da angústia humana é a extinção; o medo da morte, da destruição do seu próprio corpo. O homem é o único ser vivo que é consciente de sua morte e finitude, o que acarreta, então, a angústia de sua limitação, de nada poder fazer contra ela. A essência da motivação humana é a busca do significado para a vida, para o sofrimento e para a morte¹⁹. A morte do outro se configura como a vivência da morte em vida. É a oportunidade de experiência da morte que não é a própria, mas é vivenciada como se uma parte de nós morresse (vínculos estabelecidos).

O óbito se impõe como experiência de insatisfação que os profissionais de enfermagem se confrontam concretamente com a quebra do sentimento de onipotência e a vivência do sentimento de impotência. Confrontam-se assim, com a percepção de uma auto-imagem negativa, construída em função da impossibilidade real e intransponível de cumprir o objeto último de sua formação e prática profissional: a cura.

O comprometimento da saúde mental desses profissionais é, na maioria das vezes, concebido como uma reação de estresse, associada às condições de trabalho, tais como

fadiga, privação do sono, sobrecarga de trabalho etc¹³. Mas, além desses, é preciso atentar, na situação de morte, para fatores psicológicos desencadeados pelo contato com o sofrimento do paciente e sua família. O enfermeiro é capaz de identificar a dor do paciente ou da família e, assim, transformar o sofrimento de ambos. E, além disso, de forma imaginária e inconsciente, transformar no seu próprio sofrimento. Neste contexto se considera que este é um fator determinante do comprometimento emocional dos profissionais enfermeiros desencadeando um sofrimento que, muitas vezes, é evitado através da negação e onipotência.

A morte estabelecendo os limites do saber e da ação do enfermeiro desencadeia muitas vivências emocionais negativas associadas à atuação, especialmente aquelas desencadeantes da frustração narcísea, associada à realização profissional: se a morte é apreendida como fim, ruptura, fracasso, vergonha e ocultação, ao deparar-se com a morte, essa experiência passa a ser terrível, e mostra que os profissionais não são formados para compreender a morte, enquanto um momento do ciclo de vida²⁰.

Enquanto experiência inevitável da prática de saúde, a morte pode interferir no estado emocional dos enfermeiros e outros profissionais de saúde. Nesse contexto, o paciente em óbito, assume significações que, segundo a frustração vivenciada em relação a essa perda, podem ser caracterizadas como aceitação, defesa, ou mobilização afetiva.

A participação dos enfermeiros, no morrer dos pacientes, os afeta diretamente; a sensação de impotência já citada, que surge como decorrência da educação mecanicista recebida. A tentativa frustrada de manutenção da vida,

através da utilização de recursos tecnológicos, acaba provocando estresse, em razão da responsabilidade assumida perante a sociedade.

Os sentimentos relatados pelos sujeitos parecem refletir as influências recebidas da cultura e das instituições formadoras, mas tais sentimentos poderão ser trabalhados, de maneira que possibilitem aos profissionais prestar uma assistência cada vez melhor, e mais humanizada, conseguindo trabalhar os sentimentos, sem temor de compartilhá-los com os outros ou de expressá-los, livremente as barreiras e os preconceitos poderão ser minimizados. Para isso, é necessária uma conduta não apenas profissional, mas principalmente humana.

O cuidar como resposta

A segunda categoria mostra fatores importantes que se destacaram como prioridade do cuidado, na visão dos sujeitos investigados. Para eles, o respeito, a família, o conforto do paciente em geral, assim como o cuidado/preparo do corpo, e principalmente, a não diferenciação dos pacientes, são o que caracteriza o trabalho de enfermagem na hora morte.

A questão do cuidado prestado no período que antecede o óbito aparece nos discursos dos sujeitos. É certo que durante todo o período de internação, o paciente precisa receber cuidados que lhe permitam viver com dignidade, ou que diminuam o seu sofrimento nos últimos dias de vida. Este cuidado, muitas vezes, é prestado a pacientes que já se encontram em morte cerebral, exacerbando a angústia sofrida pelos profissionais, que se deparam com corpos inanimados, mas que precisam ser mantidos na sua integridade física.

Cuidar do ser humano que está morrendo nos faz refletir sobre a fragilidade da vida, e muitas vezes, coloca aquele que cuida à frente

das suas impotências. Neste contexto, emergem os maiores conflitos para a equipe, que apesar de prestar toda assistência possível, percebe a vida esvaír-se lentamente, diante da morte que não se pode evitar. Apesar disso, o significado do “bem-fazer”, de poder ajudar aquele ser humano, de respeito, é facilmente percebido nos seguintes trechos:

...é saber respeitar e ajudar não só o paciente, mas a família nesta fase tão difícil e tentar confortá-lo da melhor maneira com cuidado digno, e não de forma “fria” porque se tiver que sorrir ou chorar junto, que o faça (AMARELO).

...significa tentar amenizar o sofrimento cuidando do paciente e dando-lhe conforto e tranqüilidade. Para que sua “passagem” seja apenas um momento (CINZA).

...principalmente de respeito, uma obrigação moral e ética com um ser humano que merece morrer com dignidade (ROSA).

...tento amenizar a dor da família, prestando um cuidado mais dedicado àquele ente querido (CINZA).

...tenho muito respeito e dignidade com o corpo. Atenção e compaixão aos familiares (CORAL).

...acima de tudo, eu me orgulho de poder atuar na tentativa de ajudar, em segundo, sinto respeito (MARRROM).

...não faço diferenciação dos cuidados, ambos são pessoas (vivos e mortos) que necessitam de cuidados básicos como higiene, independente do seu estado ou prognóstico (LILÁS).

... trabalhar com pacientes e famílias que vivem a perda, a morte, é muito difícil, a tensão, a angústia e o medo estarão sempre presentes, é indispensável um tratamento humanizado (BRANCO).

O cuidado que caracteriza o trabalho da enfermagem deve ser uma experiência vivida com o objetivo de promover a humanização, a recuperação da saúde, uma melhor qualidade de vida dos pacientes e uma morte digna, que são considerados em sua plena humanidade¹⁸.

Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. jan/mar. 2(1):690-703

Com base nos dados obtidos percebe-se que a equipe considera o cuidado humano como essencial para que se garanta uma assistência de enfermagem adequada, e isso não exclui até mesmo os momentos em que a vida daqueles que estão sendo cuidados está chegando ao fim.

O ser humano carece de cuidados desde o nascimento até a morte. O cuidado representa algo mais que o antônimo de descaso. Para o autor cuidar é mais que um ato é uma atitude, dessa forma abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo²¹.

O cuidado pode até mesmo transcender a razão, o real e o concreto. O cuidado com o espírito, independente de ele se encontrar ou não materializado no ser humano, dando-lhe sossego e repouso para a transição ou travessia.²² Nesse sentido, o cuidado representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo, emocional e espiritual com o outro, espírito ou matéria.

O cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, até mesmo antes de ele fazer alguma coisa. Para esse teórico, o modo de ser cuidado pode revelar a maneira de como é o ser humano. Sem o cuidado, é muito provável que o ser humano deixe de existir. Por isso, o cuidado deve ser prestado mesmo que pareça ser tarde demais, como nos caos de morte encefálica ou outras situações de morte e morrer²³.

Quando falamos de cuidar do corpo não devemos pensar imediatamente no sentido usual da palavra, que contrapõe corpo e alma, matéria e espírito. Corpo é aquela porção do universo que nos animamos, informamos, conscientizamos e personalizamos, (...) é um ecossistema vivo que se articula com outros sistemas mais abrangentes. (...) O corpo é subjetividade²¹.

Os cuidados com o corpo após a morte tecnicamente têm como finalidade proporcionar a preparação do paciente recém-falecido para ser visto por membros da família e para sua ida para o necrotério, capela ou IML. Eles consistem basicamente em evitar a saída de líquidos e excrementos com o mínimo de exposição aos familiares, manter o corpo limpo, evitando a exalação de odores desagradáveis durante o velório do corpo, e dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

O cuidado prestado pelo profissional de enfermagem ao paciente é um procedimento que, nas diversas circunstâncias de assistência, inclusive a hospitalar, envolve a família. A ansiedade face ao adoecimento pode gerar uma crise familiar que certamente é maior quando ocorre a situação de óbito. Para o bom desenvolvimento do tratamento, é preciso assegurar uma boa interação entre os profissionais de saúde e os familiares do paciente²⁴.

È dessa forma que acolher, acompanhar a dimensão espiritual do sofrimento de uma pessoa que está morrendo, não é tarefa “opcional” ou “facultativa”, como foi lembrada por Cecily Saunders, a pioneira dos tratamentos paliativos na Grã-Bretanha. Muito mais do que isso, é uma tarefa fundamental que todas as pessoas podem e devem assumir, pela simples razão de que é uma tarefa humana²⁰.

Na literatura, a aliança com a família é apontada com o primeiro passo no trabalho com o paciente¹⁹. De fato, ela é de grande relevância para o tratamento ao permitir que a equipe e familiares trabalhem juntos para o enfermo.

Comumente, existe a possibilidade das pessoas terem dificuldades em enfrentar o processo de morte de um familiar, até mesmo a

proximidade desta pode ser conflitante e traumática, motivando a sua constante presença ou, muitas vezes, o seu afastamento. Não é rara a necessidade de assistência para as pessoas envolvidas compreenderem as necessidades de assistência do paciente neste estágio¹¹.

A enfermagem com sua bagagem de conhecimentos e influências humanizadas precisa engajar-se neste contexto, de forma sincronizada. As ações, por parte da equipe, podem refletir melhorias na qualidade de vida e no enfrentamento das situações inerentes ao processo de morrer, por parte dos pacientes e seus familiares. Os enfermeiros demais profissionais da equipe de enfermagem podem tornar-se elo da maior importância com o paciente em fase terminal, visto que podem proporcionar com o seu cuidado o apoio emocional e conforto físico necessários.

Assim, atuar de forma digna no tempo que resta de vida ao paciente terminal, seja ele idoso ou não, mostra-se a alternativa mais sensata, no que refere ao seu cuidado e conforto e à sua qualidade de vida. Por fim, os profissionais de enfermagem, como seres humanos que são, precisam avaliar seus conhecimentos e dúvidas acerca da morte para, nesta etapa do ciclo da vida de qualquer pessoa poder realmente auxiliá-la. Portanto, aprender a lidar com o paciente terminal passa por uma fase pessoal de aprender também a lidar com os seus próprios anseios, angústias, desejos e limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar sobre a morte nos representou uma rica experiência de vida. Embora pareça contraditório, estudar sobre a morte e principalmente sobre o profissional enfermeiro para lidar com esta temática despertou em nós sentimentos até então desconhecidos revelando-nos uma nova maneira de enfrentar situações que envolvem aqueles que estão inseridos no mundo real da vida e da morte.

O enfrentamento da morte tem por princípio o desenvolvimento da sua própria compreensão, tendo por dimensão os conceitos de irreversibilidade e universalidade. A irreversibilidade refere-se à compreensão de que o corpo físico não pode viver depois da morte, por tanto inclui o reconhecimento da impossibilidade de mudar o curso biológico ou de retornar a um estado prévio. A universalidade refere-se à compreensão de que tudo que é vivo morre.

Os resultados da pesquisa manifestam reações, sentimentos, os quais vão ao encontro das dificuldades, inerentes à nossa cultura, nas escolas e instituições hospitalares, quando o tema em questão é a morte.

A análise dos dados mostrou que os profissionais de enfermagem encontram-se temerosos, inseguros, e impotentes em sua maior parte para lidar com a morte, pois possuem a consciência de que estão trabalhando pela vida e não pela morte, e neste sentido dificulta a aceitação. Entretanto para outros é algo natural que faz parte do cotidiano profissional. O sentimento de negação não impede que os profissionais procurem conviver de forma aceitável com o processo de morrer dos pacientes.

Em seus relatos, eles demonstraram ver a morte como fato natural, mas para isso desenvolveram outros sentimentos como imparcialidade, que também pode ser considerada como uma forma de defesa frente à dor e, ao sofrimento que terminam com a morte. Com relação a este aspecto podemos observar uma contradição presente nas respostas, pois apesar de alguns profissionais mostrarem indiferentes com o morrer do outro, mostram-se também ser impossível cuidar de alguém sem envolver-se.

Porém, demonstram responsabilidade e respeito com os procedimentos realizados com a preparação do corpo, além da devida preocupação e importância com os familiares.

Destaca-se uma carência de preparação e informações mais abrangentes durante o período acadêmico, podendo talvez, este ser um fator relevante para uma melhor aceitação do assunto. Esta compreensão de morte como fracasso, acreditam os sujeitos, está reforçada pela própria formação profissional. Quando nesta formação deixa de ser abordado promovido discussões referentes às concepções e aos sentimentos sobre morte e o morrer, todavia alguns acreditam que esta preparação só se dá a partir da experiência profissional. Recomenda-se, assim, que o preparo para trabalhar com pacientes terminais se inicie nos próprios cursos de graduação, uma vez que isto faz parte das habilidades que os profissionais da saúde deveriam ter; e possibilitaria deixar de ver o paciente terminal como derrota, um caso perdido, para enxergá-lo como ser humano que pode, e necessita ser ajudado nessa etapa de sua vida.

As dificuldades na prática profissional como cuidado se destacaram principalmente à

preocupação com o sofrimento familiar e o sentimento de angústia com a perda precoce de pacientes jovens, de forma agressiva ou súbita, destacando a importância da não diferenciação entre o jovem e o idoso, ou o agudo e o crônico. De qualquer modo, estes são sobrepostos pela importância da assistência integral e o sentimento de obrigação moral e ética cumpridos.

Ao deparar-se com a possibilidade da morte, o ser humano pode passar por momentos de dificuldades, confrontando-se com situações que transformam essa etapa sua vida em algo conflituoso e, às vezes, extremamente insuportável. Diante destas situações, paradigmas deverão ser quebrados, novos conceitos de vida precisarão ser associados e a incerteza passará a ser fiel depositária do seu destino.

Assim, a morte parece ser a última fronteira do desconhecimento, cercada de tabus. Apesar de numerosas, encontrou-se na bibliografia especializada poucas obras que conseguem passar da mera descrição dos fenômenos para uma abordagem mais integral e dinâmica, privilegiando ações de melhoramento do cuidado a ser prestado ao paciente terminal.

As intervenções de cuidado para com o paciente se apresentarão permeadas pela nossa postura frente ao morrer, como o ser cuidador percebe o ser que precisa ser cuidado. Esta percepção percorre um caminho que pode ser linear e que, ao seu final, se encontra à morte ou que ainda pode ser vida que a qualquer instante pode se deparar com a sua finitude.

A partir da primeira maneira de se perceber a morte, ela é vista como uma intrusa na existência da pessoa e também como uma ameaça à onipotência do profissional de saúde que é quem, supostamente deveria impedir este

processo, apresentando a cura para o sofrimento do enfermo.

Assim sendo podemos perceber situações onde, pela angústia do cuidador diante da possibilidade da morte do outro, alguns tipos de inter-relações se estabelecem na tentativa de negar esta possibilidade existencial. Situações como tratar o paciente como “objeto”, sem poder de reflexão ou decisão sobre a melhor forma de intervenção terapêutica, quando os profissionais se apegam exclusivamente a protocolos de atuação relativos ao quadro clínico apresentado. Ou ainda situações onde a crença de que o paciente não pode conhecer a gravidade de sua doença, de modo a ser protegido da ameaçadora notícia de que a morte pode estar próxima.

O ser humano caracteriza-se pelo seu alto grau de consciência. A morte é, por isso tudo, para o ser humano, uma contingência existencial capaz de mobilizar variadas cargas de energia sentimental.

A partir das reflexões levantadas neste estudo podemos dizer que morte, apesar de ser uma parte da existência humana, traz consigo uma grande carga de angústia e temor para quem dela se aproxima e também para os profissionais de enfermagem que tem tal responsabilidade de prestar cuidados ao paciente gravemente enfermo. Assim, apenas pela compreensão dessa possibilidade existencial do “não ser” é que os enfermeiros, entre tantos outros profissionais que trabalham com o paciente fora de possibilidades terapêuticas ou em estado grave poderão experimentar cuidado autêntico com este ser que adocece, podendo se comprometer com uma assistência que não vise única e exclusivamente a cura, mas que favoreça o cuidado com o paciente como um ser pleno de humanidade, com

necessidades afetivas, sociais e com direito de viver em seu morrer com dignidade e respeito, pois o cuidar é sempre possível ainda que a cura não faça parte de seu horizonte de possibilidades.

Esperamos assim, contribuir, neste e num futuro momento, apresentando aos profissionais de enfermagem reflexões que possam auxiliá-los nos momentos em que necessitem lidar com a morte, implementando, assim a melhoria da assistência prestada ao paciente terminal e seus familiares, jamais deixando de aplicar os conhecimentos na prática, sem nos perder de nossa verdadeira missão como profissionais de enfermagem. Boa sorte a todos!

REFERÊNCIAS

1. Ariés P. História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
2. CREMESP. Resolução nº 81 de 5 de janeiro de 1995.
3. Brasil. Direitos do paciente frente aos serviços de saúde. Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999.
4. Vieira EB. Manual de gerontologia - um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
5. Ziegler J. Os vivos e a morte. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
6. Boemer MR. A morte e o morrer. São Paulo: Cortez; 1986.
7. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
8. Walsh F, Mcgoldrick. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed: 1998.
9. Küller-Ross E. Sobre a morte e morrer. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
10. Martins JS. A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo: Hucitec; 1983.
11. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
12. Unidade de terapia intensiva [material eletrônico]. [capturado em 2007 jul 23]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Unidade_de_terapia_intensiva
13. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
14. Arantes JT. A vida além da morte. São Paulo: Galileu; 1998.
15. Minayo MCS, Cruz Neto O, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.
17. Cezar-Vaz MR, Martins SR, Rubira LT, Santos LR, Irala DA, Moraes, TO. A certeza incerta da morte e suas metáforas na situação de acometimento de aids-tuberculose. Texto & contexto. enferm. 2001;10(3): 82-100.
18. Costerano RGS. Cuidado em enfermagem: pesquisa e reflexões. Santa Maria: UNIFRA; 2001.
19. Bowlby J. Perda: tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes; 1985.
20. Oba MDV, Tavares MSG, Oliveira MHP. A morte mediante representações sociais dos profissionais diante da morte. Rev. bras. enferm. 1999 jan/mar; 52(1):105-17.
21. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
22. Silva JBD, Kirschbaum DIR. O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes

Macedo ES, Marques IM, Pinheiro MM, Góes FGB.

The perception of nurses...

ontológicos. Rev. bras. enferm. 1998;52(2):273-290.

23. Heidegger M. Ser e Tempo. Petrópolis: Vozes; 2001.

24. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

25. D'Assunção EA. Os que partem, os que ficam. Petrópolis: Vozes; 1991.

Recebido em: 22/01/2010

Aprovado em: 28/02/2010